

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M22- 0009546

COMPLEMENT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : 173383

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RACHID M'hamed

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse :

Tél. : 0621999 896 Total des frais engagés : 445,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....



En cas d'accident préciser les causes et circonstances .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RAF Le : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

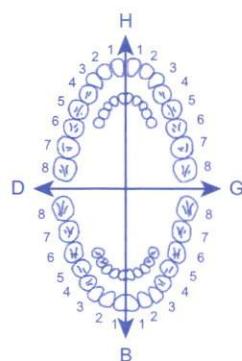
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عمليات الإحياء، الأشعة و المصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

وصف العللات المفاهيم

### **description des actes effectués**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التحبيبات الطلبة المفوعة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CDM - 10

الطباطبائی المساعدین عملیات

Actes Paramédicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies · dixième révision

Actes Paramédicaux

**Instructions à suivre**

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

**Cachet et signature de la mutuelle**

**تعليمات يجب اتباعها**

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون إليها في غضون شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

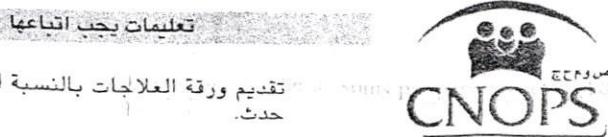
سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يرهين باحترام الشروط القانونية وكل ما يلي ذكره.

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tariq al-eid : .....



**ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض**

**Feuille de soins Maladie**

التأمين الاجتماعي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم التخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيض والمؤمن له \*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : angle rue de rime et rue Abd el Jelil  
Khattabi Des Tane Walilat App 8

Montant des frais (Dhs) : 445,00

Nombre de pièces jointes : 3

**Déclaration du médecin traitant**

**Bénéficiaire de soins**

Nom et prénom : BASSIR JAMILA

Date de naissance : 04/06/82

N° CIN : B 84734

Sexe : M ذكر F أنثى

**Identification du médecin traitant**

N° INP

Type de soins

Maladie

\* مرض

Pli confidentiel remis : Oui Non

Maternité

\* اصومة

Date de grossesse :

Hospitalisation

\* استشفاء

Date d'hospitalisation :

Accident

\* حادث

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASA le : 24/07/2023

وتحت قبض المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

**تصريح الطبيب المعالج**

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

**تعريف الطبيب المعالج**

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

مرشح

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

أصرح بصدقانية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASA le : 24/07/2023

وتحت قبض الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* أنطب الخاتم

.....

.....

.....

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

.....

.....

Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/Medicalisation](https://portailapps/www/index.php/assures/auth/Medicalisation) Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

 En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 2	PAYE				
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	907,30	569,50	35,30	604,80
82517850	17/08/2023	BASSIR JAMILA	462,30	282,30	5,00	287,30
82517883	17/08/2023	BASSIR JAMILA	445,00	287,20	30,30	317,50

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr) (https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr) ★★★★☆

CABINET DE CARDIOLOGIE  
ET EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

**Docteur Rachid BENZIDIA**

CARDIOLOGUE

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VI

الدكتور بن الزيديه رشيد  
اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بباريس

Rabat le :

24/07/2013

**Madame BASSIR jamila**

Faire un bilan biologique :

Triglyceridemie

Docteur

DR

Laboratoire TOUZANI  
d'Analyses Médicales  
Secrétariat  
18, Rue La Voisier - Casablanca  
Tel : 0522 86 50 00 / Fax : 0522 86 50 00

Dr. Rachid BENZIDIA  
CARDIOLOGUE  
Rue La Voisier - Casablanca - Michlifen  
Bâtiment 1, Appartement 1001 et 1002  
Téléphone : 0537.67.10.66 - 0537.67.10.67  
(fax) : 0537.67.10.66 - 0537.67.10.67

**INPE : 101161776**

الرباط - أكدال ، عمارة 1 - زاوية زنقة أحد وشارع ميشيليفن - شقة 15

Rabat - Agdal, Angle rue Ouhoud et Av Michlifen - Immeuble 1, App 15

الهاتف: TEL 05.37.67.10.67 - الفاكس: FAX: 05.37.67.10.66

INPE : 101161776 - Patente : 25739917 - IF : 34344597- ICE : 001768820000004



| ACCUSE de Reception |



MME BASSIR JAMILA  
ANG R ROME R ABDESLAM  
KHATB 7  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

N° de Dossier :

82517883

Date et heure 17/08/2023 11:26

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams :

445,00

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception 9MGE303

Nom Etablissement :